

# INFORME MÉDICO PARA INGRESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

## DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

Número de Beneficio: \_\_\_\_\_ Grado de Parentesco: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DATOS DEL PERSONAL INTERVINIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

# INFORME MÉDICO

## DESARROLLO EVOLUTIVO DEL AFILIADO

### ANTECEDENTES EVOLUTIVOS:

En el caso de marcar Si deberá ampliar la información referida al punto en cuestión.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO  SI  NO \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES DURANTE EL NACIMIENTO  SI  NO \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES NEONATALES  SI  NO \_\_\_\_\_

### ADQUISICIONES EVOLUTIVAS:

En el caso de marcar Si deberá consignar la edad de la adquisición. Si la respuesta es NO, especifíquelo.

CONTROL CEFÁLICO  SI  NO \_\_\_\_\_

CONTROL DE TRONCO  SI  NO \_\_\_\_\_

LENGUAJE  SI  NO \_\_\_\_\_

CONTROL DE ESFÍNTERES  SI  NO \_\_\_\_\_

MARCHA  SI  NO \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICOS (\*)

Cite el diagnóstico que consta en el Certificado de Discapacidad y sus causas, si las mismas pudieran ser determinadas.

---

---

---

---

---

---

---

---

## CONDICIONES / PATOLOGÍAS CONCURRENTES

En el caso de marcar SI deberá ampliar la información referida al punto en cuestión.

CONVULSIONES / EPILEPSIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
DIABETES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
HTA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
OBESIDAD/SOBREPESO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
TRASTORNOS DE LA MARCHA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN <small>(Anorexia - Bulimia nerviosa S/compulsiones alimentarias)</small>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
REQUERIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN ENTERAL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
TRASTORNOS DEL LENGUAJE/COMPRESIÓN	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
TRAQUEOSTOMÍA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
OTRAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____

## HÁBITOS

En el caso de marcar SI deberá ampliar la información referida al punto en cuestión.

TABACO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
ALCOHOL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
DROGAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____

INTOLERANCIAS MEDICAMENTOSAS	SI	NO	_____
ALERGIAS	SI	NO	_____
INCONTINENCIA FECAL	SI	NO	_____
INCONTINENCIA URINARIA	SI	NO	_____

**DEAMBULACIÓN**

Marque con una X la opción correspondiente y amplie la información en caso de ser necesario.

AMBULATORIO SIN AYUDA NI ASISTENCIA	<input type="checkbox"/>
AMBULATORIO SIN AYUDA CON ASISTENCIA	<input type="checkbox"/>
AMBULATORIO CON AYUDA DE TERCEROS	<input type="checkbox"/>
POSTRADO TEMPORARIO	<input type="checkbox"/>
POSTRADO DEFINITIVO	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUDICIÓN**

NORMAL	<input type="checkbox"/>
DISMINUÍDA	<input type="checkbox"/>
USA AUDIFONO	<input type="checkbox"/>
SORDERA	<input type="checkbox"/>
IMPLANTE CLOQUEAR	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VISIÓN**

NORMAL	<input type="checkbox"/>
ALTERADA	<input type="checkbox"/>
USA LENTES	<input type="checkbox"/>
CEGUERA	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# EXAMEN FÍSICO

## ESTADO GENERAL

Marque con una X la opción correspondiente y amplíe la información en caso de ser necesario.

BUENO

REGULAR

MALO

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APARATO CARDIOVASCULAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APARATO RESPIRATORIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APARATO DIGESTIVO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APARATO GENITOURINARIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SISTEMA NERVIOSO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APARATO CARDIOVASCULAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

ELECTROCARDIOGRAMA

---

---

---

RADIOGRAFIA DE TORAX

---

---

---

ANALISIS DE LABORATORIO

---

---

---

PPD

---

---

---

VDRL

---

---

---

OTROS

---

---

---

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

Marque con una X la opción correspondiente y amplíe la información en caso de ser necesario.

COMPLETO     IMCOMPLETO     DESCONOCIDO

OBSERVACIONES

---

---

---

---

## MEDICACIÓN QUE RECIBE EN LA ACTUALIDAD

Droga	Dosis	Vía	Frecuencia

## TIPO DE DIETA

Marque con una X la opción correspondiente y amplíe la información en caso de ser necesario.

GENERAL  ESPECIAL

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CONCLUSIONES

OPINION DEL MÉDICO SI EL PACIENTE ACERCA DEL APTO PARA CONCURRIR A UNA INSTITUCIÓN PARA DISCAPACIDAD. EN CASO DE PATOLOGÍA PSIQUIATRICA OPINION DEL ESPECIALISTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional interviniente